

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

समय-सीमा
सर्वोच्च प्राथमिकता

क्रमांक-3/प.क./सेल-3/2018/581
प्रति,

भोपाल, दिनांक 4-6-2018

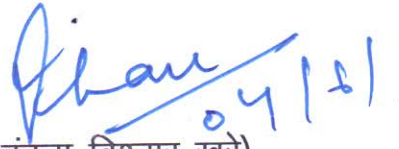
समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.
समस्त सिविल सर्जन-सह-मुख्य अस्पताल अधीक्षक, म.प्र.

विषय:- दिनांक 31.08.2016 को सेवानिवृत्त हुई एल.एच.व्ही. एवं ए.एन.एम. के पेंशन निर्धारण के संबंध में जानकारी बाबत।

संदर्भ:- राज्य शासन का आदेश क्रमांक 2061/3569/2016/17/मेडि-1 दिनांक 30.08.2016

विषयान्तर्गत शासन के संदर्भित आदेशानुसार दिनांक 31.08.2016 को सेवानिवृत्त की गई महिला स्वास्थ्य पर्यवेक्षक (एल.एच.व्ही.) एवं महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता (ए.एन.एम.) को सेवानिवृत्त किया गया था उनकी पेंशन के निराकरण हेतु संलग्न प्रपत्र में जानकारी तीन दिवस के अंदर सॉफ्ट एवं हार्ड कॉपी में ई-मेल sthapnaanm@gmail.com पर अनिवार्य रूप से भेजे। सिविल सर्जन कार्यालय की जानकारी भी आपके माध्यम से ही भेजी जावे। यदि सिविल सर्जन की जानकारी निरंक है तो उसका भी उल्लेख किया जावे। जिससे सेवानिवृत्त एल.एच.व्ही. एवं ए.एन.एम. की पेंशन निर्धारण हेतु आयुक्त कोष एवं लेखा के सर्वर में जानकारी अपलोड कराई जा सके ताकि पेंशन निर्धारण की नियमानुसार कार्यवाही यथाशीघ्र हो सकें। जानकारी के अभाव में यदि किसी सेवानिवृत्त ए.एन.एम./एल.एच.व्ही. का पेंशन निर्धारण नहीं होता है तो इसका पूर्ण उत्तरदायित्व आपका रहेगा। अतः इसे सर्वोच्च प्राथमिकता देते हुये समय-सीमा का विशेष ध्यान रखा जावे।

संलग्न:- प्रपत्र
अपर संचालक, वित्त द्वारा अनुमोदित


(डॉ० वंदना विशनार खरे)

संयुक्त संचालक (परिवार कल्याण)
भोपाल, दिनांक 4-6-2018

पृ० क्रमांक-3/प.क./सेल-3/2018/582

प्रतिलिपि:-

1. स्टाफ ऑफीसर, प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय, भोपाल।
2. निज सहायक, आयुक्त, स्वास्थ्य सेवायें, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश, भोपाल।
3. अतिरिक्त संचालक, वित्त, स्थानीय कार्यालय।
4. समस्त क्षेत्रीय संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
5. समस्त जिला कोषालय अधिकारी, मध्यप्रदेश।
6. प्रभारी एम.आई.एस.स्थानीय कार्यालय।


संयुक्त संचालक (परिवार कल्याण)

राज्य शासन के आदेश क्रमांक 2061/3569/2016/17/मेडि-1 दिनांक 30.08.2016 के पालन में दिनांक 31.08.2016 को सेवानिवृत्त हुई एल.एच.व्ही. एवं ए.एन.एम. के पेंशन निर्धारण के संबंध में जानकारी बाबत पत्रक

कार्यालय का नाम:-

डीडीओ कोड:-.....

क्र.	एम्प्लाइ कोड	सेवानिवृत्त कर्मचारी का नाम	पद	संवर्ग	जन्मतिथि	प्रथम नियुक्ति का दिनांक	दिनांक 31.08.2016 को कितनी अवधि की सेवा पूर्ण की गई वर्ष एवं माह का उल्लेख करें	दिनांक 31.08.2016 को आयु वर्ष एवं माह का उल्लेख करें
1	2	3	4	5	6	7	8	9

हस्ताक्षर पदमुद्रा सहित